

N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES INGUINALES ET CRURALES
DE
L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL
SUIVIES D'APPENDICITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Juillet 1900

PAR

Lucien GRAZIANI

Né à Toulouse, le 16 novembre 1872

EX-INTERNE DE L'ASILE SAINTE-CATHERINE (Moulins)

ET DES HÔPITAUX CIVILS DE PERFIGNAN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-ROEHM ET MARTIAL

Éditeurs du Nouveau Montpellier Médical

—
1900



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (*)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS (★)
Clinique médicale.....	GRASSET (★).
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (★).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (★).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.

Doyen honoraire : M. MAIRET (★).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (★), PAULET (O. ★).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	VIRET, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAUZIER, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. PUECH.	MM. RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRET.
LAPEYRE.	MOURET.	L. IMBERT.
MOITTESSIER.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS
DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, <i>président.</i>		MM. LAPEYRE, agrégé.
ESTOR, professeur.		L. IMBERT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible gage d'amour filial.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

L. GRAZIANI.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

*Témoignage d'une reconnaissance qui
ne s'effacera jamais. Qu'il reçoive ici
l'assurance de notre entier dévouement et
de notre plus profonde gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE ET AMI

Monsieur le Professeur-Agrégé VIRES

*Qui a bien voulu nous diriger dans
nos recherches.*

L. GRAZIANI.

INTRODUCTION

Il est opportun, avant de commencer ce travail, d'en fixer exactement les divers chapitres et d'en indiquer la substance.

Nous avons l'intention d'étudier la « hernie appendiculaire » c'est-à-dire la sortie hors de la cavité abdominale de l'appendice iléo-cæcal, dans le sac d'une hernie inguinale ou crurale, et les accidents inflammatoires qui peuvent résulter de ce fait pour l'organe ainsi hernié.

Nous n'ignorons pas que, en prenant pour thème un chapitre de cette vaste étude des hernies, nous avons peut-être présumé de nos forces, et cependant cette partie nous a séduit, et, malgré la brièveté de notre travail, nous nous sommes efforcé d'être aussi clair et aussi complet que possible.

Nous nous en tiendrons, avons-nous dit, à une seule étude : celle de la *Hernie inguinale et crurale de l'appendice seul suivie d'appendicite*.

Cependant, nous nous voyons obligé de parler des hernies où l'appendice iléo-cæcal accompagne le cæcum dans son « exode » de la cavité abdominale, car si dans certains cas l'appendice s'enflamme spontanément, dans d'autres cas cette inflammation se produit après une réduction incomplète de hernie du cæcum, c'est-à-dire, le cæcum ayant été réduit, l'appendice est resté dans le sac herniaire pour des causes que nous nous proposons d'expliquer.

Donc, après avoir constaté la fréquence ou la rareté de ce

genre de hernies, passé en revue ses diverses causes prédisposantes et déterminantes, constaté l'influence du sexe ou de l'âge sur cette affection, nous étudierons :

a) Le mécanisme de la hernie de l'appendice hors de la cavité abdominale ;

b) Les nouveaux rapports que se crée cet organe ainsi déplacé ;

c) Les complications qui peuvent résulter de son déplacement ;

d) Les diverses causes susceptibles d'en modifier l'état pathologique, consacrant quelques lignes à l'anatomie pathologique (macroscopique) de l'appendice et des parties contiguës ainsi intéressées.

Enfin, après avoir essayé de tracer une symptomatologie de cette appendicite extra-abdominale, et d'en établir le diagnostic, nous indiquerons quelle est la conduite à suivre qui nous semble la meilleure, lorsque le diagnostic de « hernie de l'appendice iléo-cæcal avec accidents inflammatoires de cet appendice » aura pu être posé d'une façon nette.

Il ressortira peut-être de notre travail que l'appendicite consécutive aux hernies est difficilement reconnue et son diagnostic pure trouvaille d'opération ! Nous n'avons garde d'affirmer pareille idée : nous nous bornerons à l'émettre et à lui donner certaine consistance en citant quelques observations, les unes inédites, les autres puisées dans différents auteurs de divers pays et de diverses époques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES INGUINALES ET CRURALES

DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

SUIVIES D'APPENDICITE

HISTORIQUE

Etiologie de la hernie appendiculaire

L'histoire de la hernie de l'appendice est de date assez récente.

Morgagni, le premier, trouva l'appendice dans une hernie, et plus tard Sæmmering, puis Morse, qui cite un cas de hernie crurale contenant l'appendice (*Wiener medical Woch.*, V, 1802).

Scarpa publie en 1812 un «Traité pratique sur les hernies», où se trouve mentionné un cas de hernie inguinale de l'appendice (voir plus loin). Dupuytren (1832), Malgaigne (1840), Gosselin et Labbé (1865) en constatent 3 ou 4 cas.

En 1868, Klein résume tous les cas de hernie de l'appendice connus jusqu'à lui, et il termine en disant que ce furent surtout des «trouvailles d'autopsie.»

Enfin, dans ces dernières années, Brieger (*Arch. f. Klin. chir.*, XV, 1893), dans un ouvrage qu'il intitule «Hernies de l'appendice vermiforme», en relève 28 cas.

D'après les auteurs précités, on voit que les observations de hernies inguinales ou crurales de l'appendice seul ne sont pas très nombreuses, puisque, dans les 28 cas relevés par Brieger, nous trouvons :

17 cas de hernies inguinales.

5 cas de hernies crurales.

Depuis cette époque, c'est à peine si une dizaine de cas nouveaux sont venus s'ajouter aux précédents, et nous arrivons à un total maximum de 40.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — **SEXE.** — Le sexe paraît avoir une importance assez grande sur la production de ce genre de hernie, et l'homme serait plus fréquemment atteint que la femme.

En effet, l'homme fournit plus des deux tiers des cas connus, soit une proportion de 70 % environ ; est-ce parce qu'il exerce des métiers plus pénibles que ceux qu'exerce la femme, (terrassier, homme de peine, journalier, etc.) ? la question est loin d'être résolue.

Chez la femme, c'est la forme crurale qui prédomine.

On connaît cependant des cas de hernies inguinales de l'appendice chez des femmes, et Malgaigne en 1839, dans ses «Leçons cliniques sur les hernies», en offre une explication :

«Le ligament de Poupart ne décrit pas toujours une ligne droite : il est affaissé, déprimé par la hernie ou toute autre cause, et spécialement par les nombreuses grossesses.»

Mais ces cas étant l'exception, nous ne faisons qu'en constater l'existence.

AGE. — Les hernies de l'appendice paraissent se produire surtout dans les deux périodes extrêmes de la vie.

De quelques mois à 5 à 6 ans.

De 40 ans à 70 ans.

Toutes nos observations viennent à l'appui de ce que nous avançons.

C'est, en effet, l'exception d'observer une hernie de l'appendice chez un homme jeune. Nous n'avons pu en avoir qu'un seul cas chez un garçon de 23 ans (obs. II).

CAUSES DÉTERMINANTES. — Les causes déterminantes de la hernie de l'appendice sont assez obscures.

On a incriminé en premier lieu la longueur de l'appendice.

« En effet, cet organe peut avoir des dimensions extrêmement variables ; possédant quelquefois la grosseur d'un haricot, on l'a vu atteindre une longueur de 25 et même 30 cent. »

Broca admet cette raison lorsqu'il écrit :

« L'appendice iléo-cæcal est quelquefois long et flottant, et il peut par suite s'engager dans une hernie ; on en cite plusieurs cas ».

Cependant il n'est pas très affirmatif à ce sujet, car il ajoute : « Toutefois il ne faut accepter qu'avec réserve ceux (les cas) qui ne sont pas accompagnés d'autopsie ou de détails catégoriques. »

La direction de cet appendice peut être aussi mise en cause et il est certain qu'un appendice du type descendant a plus de chances de hernie. Or il résulte d'une statistique établie par M. Lafforgue, élève du professeur Testut, de Lyon, que le type descendant se rencontre dans une proportion de 45, 5 %.

De plus, la situation du cæcum, son inclinaison, seront

autant de causes, et en effet on a pu constater des « appendicites » absolument anormales. Vautrin (*Revue de Gynécologie*, 1899) cite un cas d'appendicite à gauche.

Nous avons dit plus haut que l'appendice accompagnant une hernie du gros intestin, du cæcum en particulier, pouvait rester dans le sac à la suite de réduction incomplète. Cette persistance de l'appendice dans le sac peut avoir, il est vrai, pour cause la longueur, la mobilité de cet organe, mais on a vu des appendices de dimension au-dessous de la normale rester dans le sac, et cela parce qu'ils avaient contracté des adhérences dans leur nouvelle situation, c'est d'ailleurs là ce qui se produit le plus souvent.

On comprend dès lors que la réduction complète sera impossible si l'on n'a recours à une intervention chirurgicale.

Les causes de hernies de l'appendice peuvent aussi se rattacher à un vice de l'évolution embryonnaire ou fœtale, ou à une disposition native persistant à l'apparition de cette hernie, telle que la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Les autres causes relèvent de l'étiologie des hernies en général : faiblesse de la paroi péritonéale, traumatisme, etc..., autant de causes adjuvantes que nous ne faisons que mentionner dans ce travail.

Nous pouvons donc résumer en quelques mots l'étiologie de la hernie appendiculaire :

En général rare — se manifeste surtout chez l'homme — fréquente dans les époques extrêmes de la vie, de préférence inguinale.

Elle est due : 1° A un vice de conformation congénitale ; 2° à la longueur et la mobilité de l'appendice,

Mécanisme de la hernie appendiculaire

Avant d'entreprendre l'étude de la hernie appendiculaire, il est nécessaire de rappeler en quelques mots l'anatomie topographique de la région.

Le cæcum se trouve entouré de toutes parts par les deux feuillets du péritoine, et il se trouve ainsi libre dans la fosse iliaque de telle sorte que « *la main peut en faire le tour à la façon de la pointe du cœur dans le péricarde* », selon l'expression de Tuffier.

L'appendice iléo-cæcal, qui part de la partie postéro-interne du cæcum non loin de l'extrémité de cet organe, est « bordé » par une partie du mésentère, affectant la forme d'un triangle dont l'appendice serait la bissectrice : c'est le méso-appendice.

Le cæcum est maintenu en place dans la fosse iliaque droite par deux replis du péritoine, que Tuffier divise en : *ligament supérieur* et *ligament inférieur*.

Le premier de ces ligaments (ligamentum cæci de Huschke), dirigé de haut en bas, s'insère en haut sur la paroi abdominale postérieure au niveau du rein, et en bas sur la paroi externe du côlon descendant à son union avec le cæcum : il supporte ce dernier dans la station verticale et l'empêche de tomber dans le bassin.

Le ligament inférieur, qui n'est autre que l'insertion de la partie inférieure du mésentère à la fosse iliaque, limite le

mouvement de bascule du cæcum en haut et le retient en dedans.

Il nous reste maintenant à voir par quel mécanisme se produit la hernie de l'appendice.

D'après le chapitre précédent, nous pouvons diviser ces hernies en deux catégories.

A. **Hernies appendiculaires congénitales**

B. » » **acquises.**

A. — HERNIES APPENDICULAIRES CONGÉNITALES.

Clado (*Société biologique*, janvier 1892) a démontré que pendant la vie fœtale il pouvait se produire des adhérences de l'appendice avec les divers organes voisins, principalement avec le testicule et que, dans ce dernier cas, lorsque s'effectue la descente du testicule à travers le canal inguinal, l'appendice est entraîné dans le scrotum.

Là il contracte des adhérences avec le cordon et le fond du sac et dès lors il reste fixé dans sa nouvelle situation.

C'est là la seule cause invoquée pour expliquer la hernie appendiculaire congénitale.

Qu'il nous soit permis, à ce sujet, de citer un passage emprunté à Scarpa : «*Traité des hernies*».

« Lorsque la hernie est congénitale, dit cet auteur, il y a tout lieu de présumer qu'elle a été déterminée par une adhérence, que le testicule avait contractée avec cet intestin avant sa descente dans le scrotum.

» En disséquant des fœtus dont les testicules étaient encore dans la cavité abdominale, Wrisberg a observé plusieurs fois (*Observ. anat. de test. descendu*, pag. 52) une sorte de faisceau fibreux ou de ligament membraneux qui s'attachait d'une part au testicule droit près de l'insertion des vaisseaux

spermatiques, et de l'autre au cæcum, à l'extrémité de l'iléon et au petit méésentère de l'appendice vermiforme,

» Sandifort rapporte à ce sujet l'observation suivante : (*Icones herniæ congenitæ*).

« Un enfant vint au monde avec une hernie scrotale du côté droit, à laquelle on fit d'abord peu d'attention ; ce ne fut que trois mois après la naissance qu'on s'occupa d'y porter remède.

« Lorsqu'on crut avoir réduit complètement les viscères, on appliqua un bandage pour les contenir en faisant une compression sur l'anneau.

« Mais bientôt tous les symptômes de l'étranglement se déclarèrent avec tant de violence que l'enfant mourut.

« A l'ouverture de son corps, on vit que la hernie congénitale était formée par le cæcum et l'extrémité de l'iléon : l'appendice vermiforme adhérait en partie au testicule et en partie au fond du sac herniaire.

« On observa que, dans le lieu de son adhérence au testicule, cet appendice était devenu plus dur et plus compact que dans son état naturel, ce qui prouve que l'adhérence avait existé avant la naissance de l'enfant et, conséquemment, avant la descente du testicule dans le scrotum et la formation de la hernie. »

Nous pensons que cette citation jette une lumière suffisante sur le mécanisme de la hernie congénitale de l'appendice pour qu'il soit inutile de nous étendre plus longuement sur ce sujet.

B. — HERNIES APPENDICULAIRES ACQUISES.

Nous avons vu quels sont les moyens de fixité du cæcum ; or, ces deux ligaments, supérieur et inférieur, peuvent être modifiés dans leur constitution ; ils peuvent même faire défaut l'un ou l'autre ou tous les deux ensemble.

Prenons le cas où le ligament supérieur, le seul qui nous intéresse ici, fait défaut ; que se produit-il ?

Le cæcum accompagné de l'appendice, n'étant plus soutenu et attiré vers la partie supérieure de l'abdomen, a des tendances à tomber dans le bassin ; il vient presser sur le plancher de la cavité abdominale, et alors on observe ceci :

Ou bien le péritoine glissant sur le tissu cellulaire sous-jacent se laisse entraîner par la partie d'intestin destinée à se hernier (phénomène de glissement),

Ou bien, fixé plus solidement par les couches profondes, le péritoine se laisse distendre et amincir pour former le sac (phénomène de refoulement).

Dans les deux cas, la hernie, enveloppée de son sac, sort de l'abdomen par un anneau naturel, et cette descente ne fait que s'accroître à la faveur des divers efforts ou mouvements que produit le malade jusqu'au jour où, à la suite d'un effort plus considérable, d'une quinte de toux, la hernie se trouve tout à fait constituée.

Les choses se passent de la même manière lorsque le ligament supérieur, au lieu de faire défaut, est simplement distendu.

Examinons maintenant comment cette hernie du cæcum accompagné de l'appendice peut se transformer en hernie de l'appendice seul.

Voici un malade qui, à la suite d'un effort, sent un brusque déchirement dans sa région inguinale et voit se former une grosseur : lui-même porte son diagnostic de hernie, et comme le mot hernie évoque l'idée de bandage il va trouver un bandagiste, rarement un médecin.

Cet industriel réduit ou croit réduire sa hernie, met une pelote, et tout est dit.

Admettons maintenant que ce malade soit porteur d'un appendice long, mobile et flottant : il peut très bien se pro-

duire ceci, à savoir que le cæcum seul a été réduit dans la cavité abdominale sans être suivi par l'appendice, qui est resté hernié dans le sac.

La pelote du bandage, pressant sur l'anneau modérément, empêche tout retour du cæcum; le collet du sac se resserre peu à peu assez pour empêcher le cæcum de redescendre sans toutefois exercer sur l'appendice une constriction capable de provoquer des phénomènes d'étranglement.

Puis un beau jour, le malade, ne voyant plus sortir sa hernie, enlève son bandage se croyant guéri; sa hernie a disparu c'est vrai, en tant que hernie du gros intestin, mais la hernie de l'appendice est constituée, prête à amener à la première occasion chez cet homme des troubles considérables.

Il est peu probable que, en dehors des hernies congénitales, l'appendice puisse se hernier tout à fait et seul, et cependant Farabeuf penserait que sa grande mobilité pourrait être une cause favorable.

Toutefois, il faut reconnaître que l'appendice a été trouvé seul dans des hernies et qu'il ne présentait pas d'adhérences susceptibles d'expliquer son entraînement.

Ne pourrait-on pas penser que cette hernie appendiculaire aurait été provoquée par une frange épiploïque par exemple, qui aurait préparé le sac dans lequel se serait engagé, à la façon d'un ver, un appendice long et mobile? dès lors il se serait engagé de plus en plus jusqu'au jour où se sont déclarés des phénomènes inflammatoires.

C'est ce qu'il est difficile de dire et c'est là une hypothèse que nous nous contentons d'émettre.

Etiologie de l'appendicite consécutive à la hernie

Voici donc un appendice qui est sorti de la cavité abdominale : que va-t-il se produire ?

Pendant un certain temps, tout reste silencieux ; puis, un jour, brusquement, sans malaise précurseur, des accidents graves éclatent, accidents dont bien souvent l'origine reste inconnue jusqu'au moment où, une intervention chirurgicale ayant été décidée, le diagnostic est établi au cours de l'opération.

Voyons maintenant de quelle nature sont ces accidents.

Ils sont de deux ordres :

A. Phénomènes inflammatoires (appendicitaires).

B. — de constriction ou d'étranglement.

A. PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES. — Berger a écrit dans son traité de chirurgie :

« L'appendice vermiculaire, quand il fait partie d'une hernie, devient parfois le siège d'inflammations qui se communiquent au sac herniaire, d'appendicites qui se terminent soit par perforation, soit par suppuration, soit par production d'adhérences qui fixent définitivement l'appendice cæcal dans la situation anormale qu'il occupe ».

Ces accidents inflammatoires, qui sont ceux de l'appendicite

en général, ont les mêmes causes : corps étrangers venus de l'intestin (pépins de fruits : figues, raisins, etc.) ou formés dans le canal appendiculaire (concrétions calcaires) ; froid, excès, traumatismes de la région.

Une place importante est occupée par la virulence exagérée qu'acquièrent les microbes (coli-bacilles) lorsqu'ils sont enfermés dans l'appendice formant cavité close, soit par suite d'obstruction du canal par corps étranger, soit par suite de rétrécissement de ce canal.

Le professeur Dieulafoy, qui a étudié longuement le sujet et qui l'a démontré expérimentalement, prouve que dans de telles conditions l'appendice devient un foyer de germes extrêmement dangereux, qui produisent des accidents formidables : (péritonites suraiguës, etc.).

La muqueuse de l'appendice peut aussi être ulcérée primitivement, à la suite de tuberculose généralisée par exemple, et alors on a, sous le plus petit prétexte, des accidents très graves.

Comme on le voit, cette appendicite extra-abdominale ne paraît pas avoir d'étiologie particulière.

B. PHÉNOMÈNES DE CONSTRICTION OU D'ÉTRANGLEMENT. —

Dans ce cas interviennent de nouveaux agents : Et d'abord le collet du sac peut étrangler l'appendice.

Nous nous trouvons alors en présence d'accidents analogues à ceux qui se produisent dans le pincement latéral de l'intestin.

L'appendice ainsi étranglé se congestionne d'abord, sa vascularisation devient plus intense ; rapidement succèdent à ces premiers phénomènes des lésions plus sérieuses, telles que formation de sillons, d'ulcérations et même de perforations ; enfin, en dernier lieu, la gangrène.

Ces mêmes accidents peuvent être produits par une simple torsion de l'appendice, et un bandage mal appliqué, ou plutôt appliqué sur un appendice hernié, amène des phénomènes identiques.

« L'application d'un bandage sur une hernie par lui étranglée ne produit pas seulement des douleurs violentes, mais détermine souvent la gangrène des parties ». (Dupuytren. *Leçons sur les hernies*, 1832).

Anatomie pathologique (macroscopique).

L'appendice hernié et enflammé peut être le siège de lésions diverses ; il peut être :

a) Simplement congestionné et possédant un réseau vasculaire, extrêmement développé par suite de l'étranglement. — Observations II, IV, VIII.

b) Ulcéré. — Observation X.

c) Perforé en un ou plusieurs points. — Observations XI, XII.

d) Gangrené. — Observations VI, XIII.

Les enveloppes scrotales sont ou bien normales, ou bien oedématisées et rouges, adhérentes aux plans sous-jacents.

Dans une observation de Niche (Munich, 1892), le scrotum était le siège de plusieurs fistules.

Le sac herniaire peut ne pas être épaissi ou l'être très peu ; il est quelquefois dépoli à sa surface, légèrement rugueux ou couvert de fausses membranes fibrineuses.

A l'ouverture du sac, on constate la présence d'un épanchement liquide, dont les caractères sont extrêmement variables : ou citrin et transparent comme dans les hernies de l'intestin grêle, il peut devenir fibrineux et analogue au liquide des épanchements pleurétiques ; enfin il est quelquefois franchement purulent, et dans ce cas le pus est fécaloïde ou gangréneux.

Symptomatologie

La symptomatologie de l'appendicite herniaire étant sujette à de grandes variations, nous résumerons d'abord rapidement les symptômes constatés dans les diverses observations de notre travail :

OBS. II. — *H. inguinale droite. Homme, 23 ans.* — Un an avant, douleurs vives dans le bas-ventre pendant trois ou quatre jours, puis plus rien. Actuellement, sensation de gêne et légère douleur dans la station verticale, mouvements ; efforts. Guérison.

OBS. III. — *H. crurale droite. Femme, 70 ans.* — Tumeur ovoïde, tendue ; douloureuse au toucher ; vives douleurs abdominales ; constipation ; mais gaz en abondance ; ventre ballonné ; hoquet. Guérison.

OBS. IV. — *H. inguinale droite. Homme, 54 ans.* — Tumeur grosse, dure, immobile ; constipation absolue ; faiblesse extrême. Mort.

OBS. V. — *H. inguinale droite. Homme, 54 ans.* — Tumeur volumineuse mais qui ne grossit pas lorsque le malade tousse ; ventre œdématié, rouge jusqu'à l'ombilic ; constipation absolue ; nausées ; vomissements ; prostration. Mort.

OBS. VI. — *H. crurale droite. Femme, 42 ans.* — Tumeur

dure ; élastique, se meut latéralement ; douleurs vives à la pression ; abdomen normal ; pas d'autres signes. Guérison.

OBS. VII. — *H. inguinale droite. Homme, 38 ans.* — Phénomènes d'étranglement avec collapsus ; selles régulières. Guérison. L'étranglement avait duré trois jours.

OBS. VIII. — *H. inguinale droite. Homme, 67 ans.* — Tumeur dure, élastique ; douleurs très vives ; selles régulières. Guérison.

OBS. IX. — *H. inguinale congénitale dr. garçon 13 mois.* — Tumeur de la grosseur d'une olive, rouge ; très douloureuse ; pas d'autres symptômes. Guérison.

OBS. X. — *H. inguinale droite congénitale. Enfant, 2 ans.* — Phénomènes d'étranglement à marche rapide. Mort.

OBS. XI. — *H. inguinale droite. Homme, 57 ans.* — Tumeur assez adhérente ; fistules au scrotum ; de temps en temps quelques douleurs assez aiguës ; la tumeur ne grossit pas lorsque le malade tousse. Guérison.

OBS. XII. — *H. inguinale droite. Enfant de 5 mois.* — Pas de renseignements précis.

OBS. XIII. — *H. inguinale droite. Homme.* — Phénomènes d'occlusion intestinale. Guérison.

D'après ces observations, nous résumons les symptômes trouvés :

A l'examen : tumeur pas trop grosse, assez dure ; élastique mobile ; ne grossit pas lorsqu'on fait tousser le malade, de plus cette tumeur est douloureuse au palper.

Les parties avoisinantes sont en général normales ; cependant elles peuvent être enflammées.

Quelquefois il y a des nausées, des vomissements ; très

souvent, constipation sans arrêt des gaz ou constipation absolue.

Enfin les selles peuvent continuer à être régulières et même devenir diarrhéiques.

Dans un seul cas nous observons le hoquet.

Le malade peut être dans le collapsus.

En somme, il n'existe pas de symptômes particuliers. Ce n'est que la coexistence de plusieurs de ces signes qui peut faire soupçonner l'existence d'une appendicite herniaire.

Diagnostic

Nous voyons, d'après la symptomatologie qui précède, que lorsque les signes ci-dessus énoncés ont été observés associés ou séparés, nous sommes loin de pouvoir poser un diagnostic précis et nous nous trouvons hésitant entre : l'*Entérocele étranglée* et l'*Epiplocèle étranglée*.

Pour l'*entérocele*, on peut cependant dire que la sensibilité et la douleur paraissent se généraliser plus rapidement et que la constipation est plus absolue ; en outre il y a constipation gazeuse.

Toutefois il existe de nombreux cas de « *pincement latéral* » de l'intestin, où l'arrêt des matières existe sans constipation gazeuse !

Pour l'*épiplocèle*, l'opération seule tranchera le diagnostic.

Nous ne pensons pas que l'on puisse confondre l'*appendicite herniaire* avec le *lipome herniaire*, car la tumeur produite par ce dernier est molle, longue à se développer, et il n'existe dans ce cas aucune douleur spontanée.

Ce n'est donc que si le médecin a déjà observé un cas d'*appendicite herniaire*, que son attention pourra être attirée de ce côté.

Traitement

Il n'existe pas de traitement spécial de l'appendicite herniaire ; nous ne mentionnerons que pour mémoire le traitement médical capable d'agir tout au plus sur l'élément douleur.

Le traitement chirurgical est, croyons-nous, celui qui convient le mieux, et c'est l'opération de la CURE RADICALE qui devra être adoptée.

Un seul temps viendra compléter cette opération : Lorsque l'appendice sera aperçu dans la plaie, on le liera le plus près possible de son origine, et on le réséquera au thermocautère de préférence.

Pour plus de sécurité, la plaie sera drainée.

Inutile d'ajouter que la plus grande asepsie et l'antisepsie la plus rigoureuse seront observées dans cette opération. (Voir l'observation II).

Première Observation (Inédite).

(Service de M. le professeur Tédénat).

Hernie étranglée. — Epiploon et appendice perforé. — Résection de l'épiploon et de l'appendice. — Drainage. — Guérison (prof. Tédénat).

Jean C..., 36 ans, porte une hernie inguinale droite, du volume d'un œuf de poule depuis cinq ans. Un bandage a été placé, il y a un an, et porté irrégulièrement à cause des douleurs que souvent il provoquait. Il semble que le bandage était placé sur la hernie incomplètement réduite.

Le 6 mai 1894, la tumeur devient douloureuse, se tuméfie. Au bout de quelques heures : nausées, constipation. Un médecin, appelé, pratique le taxis sans résultats. Le malade a des vomissements répétés dans la matinée du 7 mai et, malgré des lavements, ne rend pas de matières.

Le 8 au matin, constipation. Les vomissements n'ont pas reparu. Ni gaz, ni fèces. Hernie douloureuse, tendue, ballonnement léger de l'abdomen, faciès un peu tiré, pouls à 100. Température 38°,3. Après désinfection, M. Tédénat pratique la kélotomie. Sac épais. A son ouverture, il s'écoule du pus séreux fétide. Masse d'épiploon enflammé, dur, adhérent par places au sac. Elle est attirée au dehors. A sa partie supéro-externe adhère l'appendice rouge, épaissi, perforé à deux centimètres au-dessus de son extrémité. L'épiploon est réséqué en tissu sain un peu au-dessus d'un vrai sillon de constriction.

L'appendice est attiré. Il est long de 8 centimètres, adhérent à l'épiploon. Résection de l'appendice à son insertion

au cæcum. Sa section est cautérisée au thermo-cautère et incluse par trois points de suture à la Lembert, placés sur le cæcum. Drain de gaze appliqué sur la région de l'insertion appendiculaire. Suture de la moitié supérieure de la plaie. Temp. soir 38°,1, pouls 88.

9. Journée d'hier bonne. Pouls 80, temp. 37°,2. Pas de douleurs abdominales. Dans la journée, le malade se trouve bien. Soir temp. 37°,8, pouls 90.

11. L'état général du malade est bon. La température n'a pas dépassé 38°, le pouls 90. Une selle le matin. Pansement, le drain de gaze est enlevé. Il n'y a pas de pus.

14. Evolution régulière bonne. Points de suture enlevés. Réunion parfaite. Il reste un orifice de un centimètre par où sortait le drain de gaze; il donne un peu de sérosité.

19. Guérison complète. Le malade quitte l'hôpital le 25 mai, avec une cicatrice solide, un peu déprimée. Sera-t-elle suffisante pour rendre inutile l'emploi d'un bandage.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — L'épiploon, rouge, épaissi, induré, était couvert de concrétions fibrineuses. On avait l'impression qu'à l'épiploïte chronique ancienne s'était ajoutée une inflammation récente. L'appendice lui adhérait par des tractus fibreux anciens; il existait une torsion de l'appendice sur lui-même à 2 centimètres au-dessus de la perforation. Quelques ulcérations à la muqueuse appendiculaire.

Observation II (Inédite).

(Service de M. le professeur Tédénat).

Due à l'obligeance de M. Dufois, interne du service.

Le nommé Guiraud G..., militaire, âgé de 23 ans, entre le 14 mars 1900 dans le service de M. le professeur Tédénat, salle Lallemand.

Il souffre depuis quelque temps d'une hernie inguinale droite peu accentuée, mais qui, dit-il, augmente par l'effort, la station verticale, les exercices auxquels est soumis ce malade. L'intervention chirurgicale, demandée par lui, est décidée, et après une préparation de quelques jours, régime lacté, asepsie du tube intestinal et de la région, le malade est transporté à la salle d'opération, le 27 mars.

Opération. — Une incision de 12 centimètres environ est pratiquée, à partir du milieu de l'arcade crurale descendant le long du cordon et intéressant tour à tour : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique ; à ce moment, le cordon est mis à nu. La recherche du sac est rendue difficile par son exiguité et par d'assez nombreuses adhérences d'origine inflammatoire.

Cependant on aperçoit, tranchant sur la couleur foncée du cordon et dans la partie supérieure de ce dernier, une région blanchâtre sur laquelle porte plus particulièrement l'examen. Cette partie, isolée puis saisie avec une pince à mors courbe, est excisée, et on constate alors l'existence d'une cavité, prouvant que l'on a véritablement affaire au sac : le pédicule est lié par un nœud de Lawson Tait et réduit dans le trajet.

En attirant le sac hors de la cavité abdominale, on voit à sa partie postéro-interne un organe blanc cylindroïde qui descend avec le sac, et, quand il est sorti sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, on reconnaît que c'est l'appendice. Le doigt le décolle de la face postérieure et externe du collet ; on arrive sur son origine au cæcum, où il est excisé : le point de section est cautérisé au thermo-cautère, le moignon ligaturé au catgut est inversé dans le cæcum, et deux points de suture à la Lembert, placés sur le cæcum, incluent complètement le moignon appendiculaire.

La cavité abdominale est refermée par un troisième

surjet au catgut ne comprenant pas le cordon, qui est laissé absolument superficiel ; les couches externes sont suturées par une série de points séparés (catgut), et on applique sur le tout un pansement compressif iodoformé. L'opération a duré environ une demi-heure.

Le malade n'accuse après l'opération que peu de température ; pas de vomissements, à peine s'il ressent quelques légères douleurs intra-abdominales localisées à droite. — Trois jours après l'opération, quelques coliques et borborygmes : léger lavement : tout rentre dans l'ordre.

Le 3 avril, c'est-à-dire huit jours après, le pansement est défait ; la réunion est à peu près complète : deux ou trois fils ont donné quelques gouttes de pus aseptique : lavage au phénosalyl fort, pansement iodoformé.

Le malade est complètement guéri le 17 avril et ne souffre plus. Il part en congé de convalescence quelques jours plus tard.

Renseignements rétrospectifs. — Eu égard à l'inflammation appendiculaire constatée au cours de l'opération, nous avons interrogé le malade pour savoir s'il n'a pas présenté de ce côté d'accidents antérieurs.

Il nous a appris, en effet, qu'il y a un an environ il fut pris brusquement, au milieu de la nuit, de douleurs très vives dans le bas-ventre, compliquées de constipation mais *sans vomissements* ; ces douleurs cédèrent au bout de 3 à 4 jours au repos et à la diète, et depuis le malade a présenté simplement de la gêne et des douleurs vagues dans la région iliaque droite, douleurs qu'il attribuait à sa hernie, qui n'est devenue apparente que quelque temps après.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — L'appendice, congestionné, est légèrement hypertrophié vers son extrémité, de sorte qu'il

présente une légère déformation en massue. Il est en même temps plus rigide que dans la normale.

Ouvert longitudinalement, il renferme dans son extrémité une scybale composée de matières fécales demi-molles, allongées et moulées sur les saillies de la paroi ; plus bas la cavité appendiculaire contient des matières liquides jaunâtres. Vers sa partie basale, la lumière présente des plis qui constituent un véritable rétrécissement.

Lorsqu'on a débarrassé soigneusement l'appendice des matières qu'il renferme, sa surface muqueuse apparaît très vivement congestionnée, tomenteuse et comme boursouflée ; légères excoriations.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — La muqueuse est formée par des glandes en grande partie desquamées, abrasées, et par un tissu interglanduleux épaissi, infiltré de cellules rondes embryonnaires et de leucocytes, constituant des bourgeons nécrosés à leur surface et dont le tissu est plus ou moins dissocié par les hémorragies.

Tout le tissu de la sous-muqueuse est occupé par d'énormes masses folliculaires qui entrent en contact les unes avec les autres et forment ainsi une couronne complète : leur centre est plus ou moins désagrégé, et la plupart s'ulcèrent et s'ouvrent dans la cavité de l'appendice.

Au-dessous on trouve une couche épaissie de tissu conjonctif adulte, formé de gros faisceaux scléreux, presque complètement dépourvus de graisse et renfermant des vaisseaux à parois épaissies et peu de capillaires.

La couche musculaire est elle-même pénétrée par ce tissu conjonctif scléreux et diminuée d'épaisseur.

Ces formations conjonctives et l'énorme hypertrophie des follicules indiquent évidemment un processus ancien.

Observation III

(Service du Dr Monod, Hôpital Saint-Antoine, Paris).

Hernie de l'appendice vermiforme avec épiplocèle étranglée. — Résection de l'appendice. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 70 ans porteuse d'une hernie crurale datant de longtemps et irréductible depuis cinq jours.

On note de la constipation, de violentes douleurs abdominales, mais pas d'occlusion vraie; la malade rend des gaz en assez grande quantité et n'a pas de vomissements: le ventre est ballonné, et il existe un hoquet depuis deux jours. On obtient une selle sous l'influence d'un lavement.

A l'examen, on constate que la tumeur est tendue, douloureuse à la pression et du volume d'un œuf avec corde épiploïque, également douloureuse au-dessus de l'arcade (1^{er} décembre). On pense se trouver en présence d'une épiplocèle crurale enflammée avec péritonite herniaire.

Le lendemain, le Dr Walter se décide à intervenir.

Après avoir pratiqué une injection à la cocaïne au 100^e, il fait une incision verticale, couche par couche, de la tumeur, et arrive jusqu'au sac, qu'il trouve recouvert de plusieurs couches cellulo-graisseuses.

L'ouverture du sac laisse échapper un peu de liquide louche, sanguinolent; M. Walter trouve au centre du sac une masse d'épiploon violacé, noirâtre, présentant des adhérences récentes à la paroi du sac, qui est rouge, dépoli, en pleine péritonite.

Après ligature et résection de l'épiploon au-dessus du point étranglé, apparaît un organe sortant par la partie

interne de l'anneau, allongé, rouge violacé, à surface séreuse dépolie.

Cet organe, libre de toute adhérence au sac, est formé de deux cylindres accolés représentant une petite anse intestinale complète.

Le cylindre interne est nettement cylindrique et fluctuant ; le cylindre externe est épais, dur et aplati. En tirant doucement sur cet organe et en le dégageant au-dessus du point étranglé, on trouve que le cylindre interne n'est autre chose que l'appendice vermiculaire, et que le cylindre externe, qui lui est intimément adhérent sur toute sa longueur, est constitué par de la graisse contenue dans un repli péritonéal, qui est le vestige d'un méso-appendice.

Pour éviter la réduction complète à cause de la péritonite herniaire très intense, M. Walter fait une ligature et résèque l'organe au-dessus du point étranglé ; il le fixe ensuite au niveau de l'anneau crural. La cavité est laissée largement ouverte et tamponnée de gaze iodoformée. Deux points de suture sont seulement placés aux deux extrémités de la plaie cutanée.

Tous les phénomènes douloureux disparaissent, la poche se comble rapidement, et le 27 décembre, soit 25 jours après, la cicatrisation est complète.

Observation IV

(M. Pick. — The Lancet. Vol. I, 1880).

Hernie étranglée de l'appendice. — Opération. — Mort.

Robert E..., 54 ans, vitrier, entré à l'hôpital Saint-Georges le 21 février 1880.

Hernie inguinale datant de douze ans, réductible et n'ayant jamais été maintenue par un bandage.

Symptômes d'étranglement, datant de cinq jours avant la

rentrée à l'hôpital. La veille de son entrée, un médecin avait pratiqué le taxis, sans autre résultat que d'avoir fait souffrir le malade.

À l'examen, le malade est dans un état de faiblesse extrême, et présente tous les symptômes classiques de la hernie étranglée. On note, à la partie supérieure droite du scrotum et se prolongeant dans le canal, une tumeur grosse comme le poing, très dure, immobile.

L'opération est décidée, une fois les tissus incisés, une certaine quantité de sérosité s'échappe. On arrive jusqu'au sac, qui adhère fortement aux parties environnantes et qui, après avoir été ouvert, laisse s'écouler une centaine de grammes de pus. On trouve, nageant dans ce pus, l'appendice vermiforme épaissi, très volumineux et *non ulcéré*. On procède à une toilette rigoureuse du sac des tissus et de l'appendice, et on suture en complétant avec un pansement antiseptique.

Le malade ne survécut pas à l'opération.

À l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée, datant de quelques jours ; on constata l'étranglement siégeant juste au point de jonction avec le cæcum.

Observation V

(M Pick. — The Lancet, Vol. I, 1881).

Le sieur P..., âgé de 54 ans, portait depuis douze ans une hernie inguinale droite qui ne le gênait nullement ; il n'avait même jamais éprouvé le besoin de se servir d'un bandage.

Il y a cinq jours, apparurent brusquement des symptômes d'étranglement : suppression des selles et des gaz ; nausées, vomissements. On essaya le taxis, mais sans résultat ; le malade fut très vite abattu.

À l'examen, la région inguinale droite, le ventre même

jusqu'à l'ombilic, étaient œdématisés et rouges. A la partie supérieure droite du scrotum, c'est-à-dire depuis l'orifice externe du canal inguinal jusqu'au scrotum, s'étendait une tumeur volumineuse comme le poing, qui ne variait pas quand on faisait tousser le malade.

L'opération est décidée. On trouve des tissus mous, infiltrés et, dans le sac de la hernie, une certaine quantité de pus épais et fétide, dans lequel se trouvait l'appendice parfaitement isolé, enroulé sur lui-même et étranglé à l'anneau.

Après avoir en quelque sorte déroulé l'appendice, on procéda à un nettoyage soigné en observant toutes les règles de l'antisepsie. On réséqua l'appendice, et le sac de la hernie fut extirpé.

Le malade succomba cinq heures après l'opération.

A l'autopsie, il fut facile de constater qu'au point de réunion du cæcum et de l'appendice, ce dernier présentait un changement de couleur très notable avec augmentation de volume.

Observation VI.

(Diffenbach, 1880).

Hernie crurale droite étranglée depuis trois jours. — Appendice gangrené. — Opération. — Guérison.

J. R..., 42 ans, femme robuste, entrée à l'hôpital de Heidelberg le 4 septembre 1880.

Hernie survenue depuis trois jours sans accidents particuliers. La malade ressentit d'abord de violentes douleurs dans le pli de l'aîne du côté droit ; malgré cela, elle continua son travail sans qu'il survint d'autres symptômes aggravants.

A la fin de la première journée, la malade remarque l'apparition de la tumeur, qui augmente de volume dès le lende-

main. On appelle un médecin qui essaye le taxis sous le chloroforme, mais qui n'obtient aucun résultat. *Pas de signes d'étranglement.*

La malade entre à l'hôpital, où l'on constate ce qui suit : Dans le pli de l'aîne droite, près du pubis, une tumeur de la grosseur d'une noix, de consistance dure, plutôt élastique, qui se laisse mouvoir latéralement. La peau qui recouvre la tumeur n'est pas enflammée ; elle se laisse pincer facilement ; vive douleur à la pression.

Température 38°4. L'abdomen n'est ni ballonné, ni douloureux.

Le professeur Braün pratiqua l'opération. Après avoir fait une incision de 8 centimètres de long environ sur la tumeur, il ne tarda pas à découvrir un paquet de ganglions sous lesquels il trouva un sac herniaire, qui se laissa détacher facilement.

Immédiatement au-dessous, l'artère fémorale apparaît et est mise à nu sur une longueur de 5 centimètres. Le sac de la hernie rentre alors dans le canal crural, M. Braün l'incise, et se trouve en présence d'un petit corps cylindroïde, de la grosseur d'un tuyau de plume, en partie de coloration gris verdâtre, que l'on peut à volonté faire sortir et rentrer. C'était l'appendice vermiforme gangréné.

M. Braün le résèque et introduit un drain dans la plaie en complétant par un pansement antiseptique de Lister.

Après l'opération, la malade eut de violentes coliques et un peu de météorisme abdominal.

Le 8 septembre seulement, la malade alla à la selle et un mieux sensible s'opéra dans son état.

Quelques jours après, elle eut même une diarrhée passagère.

Les règles, qui apparurent 3 semaines après l'opération, furent plus abondantes que d'habitude.

En résumé, l'état général devint de plus en plus satisfaisant, et la malade sortit guérie le 20 octobre.

Observation VII

Davies Colley. — Guy's Hospital reports.

W..., âgé de 38 ans. Hernie inguinale survenue il y a 8 jours, en soulevant une charge. Depuis l'accident, phénomènes d'étranglement apparaissant à la suite de manœuvres de réduction.

Depuis 3 jours, phénomènes d'étranglement *avec selles* régulières, collapsus : l'opération est décidée et on trouve une petite hernie, longue de 3 pouces et contenant l'appendice vermiforme sans aucune altération.

Le sac de la hernie est suturé, et l'opération est suivie de guérison.

Observation VIII

Thompson. — British medical journal, 1882.

Homme âgé de 67 ans, porteur d'une hernie inguinale droite datant de 20 ans, et maintenue par un bandage. Un matin, en cherchant à placer son bandage, le malade éprouve une douleur intense dans la région de la hernie. Celle-ci augmente de volume, et la douleur devient si atroce que le malade se tord littéralement sur le parquet.

Il se recouche, fait quelques applications de compresses chaudes, et finalement, ne se trouvant pas mieux dans la soirée, me fait appeler.

Je constate dans la partie droite du scrotum une masse oblongue ayant l'apparence d'une hernie inguinale, très dure mais douée d'une certaine élasticité sur quelques-uns de ses points.

Pas de gargouillements, la hernie ne rentrait pas. Vives douleurs dans le voisinage de la hernie, pas de vomissements, *les selles* n'étaient pas supprimées. Langue saburrale : pouls 72.

Pendant deux jours de suite, le malade se trouvant plutôt mieux, je ne juge pas urgent d'intervenir ; mais le quatrième jour les choses paraissent se modifier en mal ; je me décide à opérer malgré l'absence de vomissements et bien que le malade continuât à aller à la selle.

Nous incisons et arrivons, mon frère et moi, jusqu'au sac de la hernie supposée.

En ouvrant ce sac, nous donnons issue à de la sérosité de couleur rose et d'odeur fécale, et nous constatons la présence d'un corps dur, large de deux doigts environ, de coloration rouge vif, à contours irréguliers et de forme marronnée. Pas d'intestin dans le sac, et l'on pouvait facilement passer deux doigts à travers l'anneau. Pensant avoir affaire à de l'épiploon, je coupai ce que je pouvais attirer à moi : la substance était dure et ressemblait à une tumeur fibreuse ; la partie sectionnée avait environ 2 pouces $\frac{1}{2}$ de long.

Après suture partielle et pansement de la plaie, nous examinâmes ce que nous avions enlevé du sac.

La surface coupée avait l'air de l'orifice d'un tube de diamètre égal à celui d'une plume d'oie, entouré d'une coque épaisse et dure. L'orifice correspondant de la partie supérieure de ce tube était visible dans la plaie.

Je vis alors que c'était bien l'appendice cæcal que j'avais enlevé ; j'en fus convaincu davantage encore, en trouvant à son extrémité enseveli dans la masse un petit os ^(?) tranchant et dur, cause probable de l'inflammation.

Je crus bon de retirer les sutures le troisième jour à cause de la suppuration et de laisser dans la cicatrice le bout ouvert de l'appendice.

Une petite fistule stercorale persista quelque temps mais n'empêcha pas le malade de vaquer à ses occupations.

Observation IX

(Boston medical and surg. journal. Vol. CXXII, n° 23, by George H. Monks).

Cas d'appendicite dans le scrotum. — Ponction aspiratrice. — Ablation de l'appendice à froid, — Guérison.

Un garçon d'origine portugaise, âgé d'environ 13 mois, me fut amené par le docteur Hodjes.

L'enfant avait une tumeur occupant la portion antérieure du côté droit du scrotum, et s'étendant vers la région inguinale à moitié distance du testicule et de l'anneau externe.

Cette tumeur était proéminente et très rouge ; au moindre contact, l'enfant poussait des cris.

En questionnant le père, j'appris que son attention avait été appelée sur l'enfant environ deux mois avant et que cette tumeur, grossissant sans cesse, était devenue rouge et de plus en plus sensible, jusqu'au moment où j'examinai l'enfant.

Cette tumeur, de la grosseur d'une forte olive, avait son axe correspondant à celui du cordon, et ne subissait aucun mouvement lorsque l'enfant pleurait.

En ponctionnant cette tumeur, j'en retirai une ou deux gouttes d'un liquide jaunâtre qui, examiné au microscope, fut reconnu comme formé de globules de pus ; je vidai le contenu et fis un pansement humide qui fut renouvelé plusieurs fois.

Deux semaines après, j'opérai l'enfant.

Ayant pratiqué une incision le long du cordon, je libérai la tumeur et m'aperçus alors qu'en opérant sur elle de légères tractions, je faisais apparaître, à l'orifice de l'anneau inguinal externe, une portion d'intestin que je reconnus être le cæcum.

La partie herniée était donc l'appendice ! mais la réduction n'eût pas été possible, car il avait contracté de solides adhérences dans le scrotum.

L'enfant sortit guéri au bout de 5 semaines.

Observation X

(The Dublin journal. — July, 1841).

Hernie congénitale contenant l'appendice iléo-cæcal.

Un enfant de 2 ans porteur d'une hernie inguinale, congénitale droite, entre au Dublin's Hospital.

Il existe un épanchement dans la vaginale.

Des phénomènes d'étranglement à marche rapide se produisent et l'enfant meurt le surlendemain de péritonite.

A l'autopsie, on constate des lésions de péritonite généralisée — l'intestin perforé avait permis l'issue aux matières fécales qui s'étaient répandues dans la cavité abdominale.

A l'ouverture du sac herniaire, on trouva l'appendice qui présentait des ulcérations paraissant causées par un noyau de cerise (?)

Observation XI

(Alfons Niche. Thèse de Munich, 1892).

Hernie inguinale droite constituée par l'appendice et compliquée d'appendicite.

M.... âgé de 57 ans, se présente à l'hôpital le 14 janvier 1891.

Depuis 3 ans, il a remarqué qu'une tumeur se formait dans la partie droite du scrotum ; il éprouve de temps en temps des douleurs assez aiguës, et cette tumeur, qui a débuté par l'anneau inguinal externe, descend peu à peu vers la partie inférieure du scrotum.

Il n'a jamais eu la syphilis et ne présente aucun signe de tuberculose.

Cette tumeur est irréductible, mate et non transparente, la peau du scrotum est adhérente à cette tumeur, qui ne grossit pas quand on fait tousser le malade.

On remarque plusieurs fistules sur le scrotum.

On fit l'opération le 16 janvier. On trouva le testicule atrophié et le pédicule formé par le cordon et l'appendice ; dans le pus que contenait le sac, on trouva un os comme corps étranger.

La plaie fut soigneusement drainée et le malade sortit guéri le 23 janvier.

Observation XII

(Davies Colley. Guy's Hospital reports XXVII).

On hernia of the appendix vermiformis.

Un enfant de 5 mois entre à l'hôpital porteur d'une hernie inguinale droite enflammée.

Opération. — L'incision faite, il s'écoule du pus qui laisse voir l'appendice perforé,

Pas d'étranglement.

Observation XIII

(Pascal et Pillet. Société anat. de Paris. Mai 1898).

Apoplexie de l'appendice hernié.

Le nommé X.... entre à l'hôpital Laënnec, service de M. le docteur Reclus, en février 1898, avec tous les signes d'un étranglement herniaire.

Le malade était porteur depuis 8 ans d'une hernie ingui-

nale droite qui s'est subitement étranglée depuis 48 heures : un médecin, appelé, a fait le taxis, mais les accidents d'occlusion intestinale ont persisté.

Le malade est apporté à Laënnec, et le docteur Faure, appelé, trouve un sac réduit en masse et dans le sac l'appendice extrêmement serré au niveau du collet.

Les suites furent normales : l'appendice fut réséqué.

De l'examen, on conclut que ce n'était pas le type de l'appendicite folliculaire, mais plutôt gangréneuse, manquant cependant d'accidents inflammatoires.

CONCLUSIONS

I. — Il y a des hernies inguinales et crurales dont le contenu est formé par l'appendice vermiforme seul. — Ces hernies peuvent être congénitales ou acquises. — Le type inguinal paraît être le plus fréquent.

II. — Ces hernies peuvent s'étrangler et provoquer des accidents d'appendicite herniaire.

III. — Les symptômes sont ceux de l'entéroccèle étranglée ou de l'épiplocèle étranglée.

IV. — Le diagnostic est difficile et en général posé durant l'opération.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- RICHTER. — Traité des Hernies, 1799.
SCARPA. — Traité des Hernies, 1852.
DUPUYTREN. — Leçons orales et cliniques, 1830.
MALGAIGNE. — Mémoires sur les Hernies, 1840.
GOSSELIN et LABBÉ. — Leçons sur les Hernies abdominales, 1865.
BROCA. — Thèse d'agrégation, 1853.
BERGER. — Traité de Chirurgie.
BARIÉTY. — Thèse de Paris, 1895.
CHARNOIS. — Thèse de Lyon, 1894.
Société de Chirurgie. — (Bulletins et Mémoires), 1896.
POLOSSON. — Lyon Médical, 1893.
TUFFIER. — Etude sur le Cæcum et ses Hernies. Arch. gén. de méd., 1887.
PASCAL. — Société anatomique, Paris (mai 1898).
MERIGOT de TREIGNY. — Thèse de Paris, 1887.
VIRET. — Du pincement latéral de l'intestin dans les hernies. Montpellier, 1897.
BLADO. — Société biologique, janvier 1892.
PICK. — The Lancet. Vol. I, 1880.
DIFFENBACH. — Heidelberg, 1880.
DAVIES COLLEY. — Guy's Hospital reports.
THOMPSON. — British Medical journal, 1882.
G. H. MONKS. — Boston med. and surg. journal. Vol. CXXII, n° 23.
The Dublin journal. — July, 1841.
ALFONS NICHE. — Thèse de Munich, 1892.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Historique et étiologie de la hernie appendiculaire.....	7
Mécanisme de la hernie appendiculaire.....	11
Etiologie de l'appendicite consécutive à la hernie.....	16
Anatomie pathologique (macroscopique).....	19
Symptomatologie.....	20
Diagnostic.....	23
Traitement.....	24
Observations.....	25
Conclusions.....	41
Index bibliographique.....	42

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 juillet 1900.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 juillet 1900.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.